

臺中榮總 嘉義分院 灣橋分院 市區門診初診基本資料暨個人資料同意書

病歷號 _____

請用正楷詳細填寫

郵遞區號 _____

吸煙 是 否

嚼檳榔 是 否

姓名					出生日期	民國	前	後	年	月	日	出生地	省	(縣市)	
國民身分證 統一編號	<input type="checkbox"/>											男	女	婚 已 未	
戶籍地址 (請寫鄰、里)	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號之	號之					
通訊地址															
電話	宅	()	行動					身高							
	公司	()	電話					體重							
此次病症曾於	1.		2.		醫院就診				家族史						
職業別	01.軍 02.公 03.教 04.商 05.工 06.農 07.漁 08.牧 09.自由業 10.家管 11.學生 12.運輸業 13.社服業 14.其他 15.無 16.無(無職榮) 17.服務業 18.電子業 19.醫護業														
就診科別					血型					身 份	榮 健 民 保	遺 健 養 保	員 健 工 保	健 保	民 眾
緊急聯絡人			宅					行動					對藥物過敏		
繳驗證件 (請攜帶正本)	榮民:身分證、榮民證、健保卡。 遺眷家戶代表:身分證、遺眷證、健保卡。 本院員工:身分證、職員證、健保卡。 其他健保身分:健保卡、兒童健康手冊。 優待證件:重大傷病卡、身心障礙手冊。 身分證件:包括身分證、戶口名簿、駕照、外僑居留證、台灣地區居留證,其中任何一項證件皆可。											<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
												藥名: _____			
											就診日期 _____				
<p>1、個人資料蒐集、處理、利用 本人同意醫院於醫療、照護服務、或特定目的(如備註)下,醫院得蒐集、處理或利用本人之病歷記錄相關資料。</p> <p>2、特定目的外利用 依個人資料保護法第5條、第7條、第20條第1項第6款規定。</p> <p>(1)本人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 醫院以信件、e-mail、簡訊、傳真、電話等聯絡方式,通知衛教、健檢、病友會、院訊、門診表、醫療新知、教學活動、關懷及滿意度等相關資訊,如不同意聯絡通知,本院將無法通知前述資料。</p> <p>(2)本人 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意(不同意時本院將無法進行跨院查詢病歷資料作業) 於醫療及照護服務之前提下,本院、臺中榮民總醫院及各分院(臺中榮民總醫院嘉義分院、臺中榮民總醫院嘉義分院附設門診部、臺中榮民總醫院埔里分院、臺中榮民總醫院灣橋分院),以醫院醫療資訊系統處理與使用本人於本院、臺中榮民總醫院、臺中榮總及各分院(臺中榮民總醫院嘉義分院、臺中榮民總醫院嘉義分院附設門診部、臺中榮民總醫院埔里分院、臺中榮民總醫院灣橋分院)蒐集之病歷相關資料,如不同意,本院將無法處理使用病歷相關資料。</p> <p>本人已經仔細閱讀過本文件,經詢答之後,已充分瞭解內容並同意遵守。本同意書日後如有反對意見,可另提出停止利用之申請。</p>															
立同意書人簽名:				關係:											
住址:				電話:											
日期: 年 月 日															
<p>備註: 1、依法務部公布之特定目的請參見下表。 2、依法務部公布之特定類別請參見下表。 3、填寫後,將此表並同身分證件或駕照及健保卡交予櫃檯人員辦理。</p>															
											建檔人員:				